

IHPT

Hand and Physical Therapy, Inc.

CONSIENTA PARA LA EVALUACION, EL CUIDADO, Y EL TRATAMIENTO

I, el infrascrito, conviene y da por este medio mi consentimiento a Dynamic Rehab Physical Therapy, Inc. para equipar la evaluación, el cuidado, y el tratamiento de la terapia de physical/occupational a _____

Considerado necesario y apropiado en asistir al médico a la comprobación de la diagnosis o del convite my/his/her y a la condición mental de/or. Esto puede incluir: las modalidades de hot/cold empuje, tracción de mechanical/manual cervical/pelvic, estímulo eléctrico del músculo, dispositivo vasopneumático, baño de la parafina, torbellino, iontoforesis con el dexametazone, baño del contraste, nata eléctrica del ultrasonido with/without estímulo/hydrocortisone, ejercicios terapéuticos, neuromuscular education, terapia acuática con ejercicios, entrenamiento del paso, masaje, movilización del tejido fino de joint/soft, technical myofacial del lanzamiento, drenaje linfático manual, fitting/training orthotic, actividades terapéuticas, formación para la administración del uno mismo care/home, integración de community/work, músculo que prueba, gama de la prueba del movimiento, prueba somatosensory, trabajo hardening/conditioning, entrenamiento prostético, entrenamiento del sillón de ruedas management/propulsion, desarrollo de habilidades cognitivas, estímulo eléctrico transcutáneo del nervio, procedimiento del cuidado de la herida, cambios de la preparación, punto excesivo del disparador del acupuntura, strain/counterstrain, cargando, el equipo adaptante, articula técnicas de la protección, y el uso del equipo del ejercicio de la terapia, Fuentes y materiales según lo necesitado. Su cuidado puede incluir la evaluación y el tratamiento de las áreas del cuerpo que no están dolorosas y ausentes del sitio doloroso. Esto es a veces necesario corregir un problema en un área funcionalmente el área que puede causar su dolor. Si usted hace que algunas preguntas o preocupaciones con respecto a su tratamiento por favor se sientan libres discutir las con usted therapist.

Firma de Patient/Client/Guardian _____ Fecha _____

VENTAJA ASSIGNMENT/REALESE DE LA INFORMACION

I, asigna por este medio todas las ventajas médicas para incluir las ventajas médicas importantes para a las cuales me dan derecho, incluyendo seguro de enfermedad, seguro privado, HMO, PPO, remuneración de los trabajadores y los payors de terceros por Dynamic Rehab Physical Therapy. Una copia de la NCR del duplicado de esta asignación debe ser considerada tan válida como la original. I, autoriza por este medio a cesionario dicho a lanzar toda la información necesaria, incluyendo expedientes médicos, para asegurar el pago.

Firma de Patient/Client/Guardian _____ Fecha _____

ESTADO FINANCIERO DE LA POLITICA

Dynamic Rehab Physical Therapy mandará la cuenta me por tador de seguro solamente como courtesy a mi. Soy responsable de la cuenta entera cuando se rindo el service(s). Tomaré las medidas para el pago de mi parte estimada hoy. Si mi por tador de seguro no remite el payment en el plazo de 60 días, el balance del tha será adentro lleno bedido de mi y hare todos esfuerzos de asistir a obtener el pago de mi potador de seguro. E casa que mi compañía del seguros solicite un reembolso del pago hecho, sere responsable de la cantidad de dinero consolidada a mi compañía de seguros. En el acontecimiento mi compañía de seguros establece un generalmente interno y horario acost umbrado de honorario, sere responsable para la diferencia restante. Si cualquier pago se hace directamente para a los sevicios madados la cuenta por Dynamic Rehab Physical Therapy, reconozco un a obligación de remitir puntualmente iguales a Dynamic Rehab Physical Therapy.

El antedicho no solicita esos dientes que se consideren la remuneración de trabajador. Sin embargo, me aconsejar se demando las ventajas de la remuneración del trabajador y la nego posteriormente tales ventajas, yo puedo ser considerado responsable de la cantidad total de cargas para los services rendidos a mi.

Entiendo y convengo que si no puedo hacer cualesquiera de los pagos de los cuales soy responsable de una manera oportuna, sere responsable de todos los costes de dineros de la colección debidos, incluyendo costes de la corte, honorarios de agencia de colección y honorarios del abogado. La información antedicha ha sido leída por mi y cualquier pregunta que tuviera haber sido contestado. Entiendo me responsibility para el pago me cuenta.

Firma de Patient/Client/Guardian _____ Fecha _____

IHPT
Hand and Physical Therapy, Inc.

Date _____

Center Representative/Witness